

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

XAVIER-BICHAT

10

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

ADAM Georges, Maximilien

Ne le 5 Septembre 1942 a PARIS 18°

Présentée et soutenue publiquement le 1972

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES EFFETS DE LA CARENCE
DE SOINS MATERNELS : A PROPOS DE DEUX CAS DE
PSEUDO-DEBILITES .

President : Mr. S. THIEFFRY , Professeur

Editions de l'AGEMP
8, rue Dante
Paris 5^e



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547106_0002

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

XAVIER-BICHAT

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

ADAM Georges, Maximilien

Ne le 5 Septembre 1942 a PARIS 18°

Présentée et soutenue publiquement le 197....

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES EFFETS DE LA CARENCE
DE SOINS MATERNELS : A PROPOS DE DEUX CAS DE
PSEUDO-DEBILITES .

President : Mr. S. THIEFFRY , Professeur

Editions de l'AGEMP
8, rue Dante
Paris 5^e

UNIVERSITE DE MEDICINE DE PARIS

XAVIER EICHAU

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

ADAM GEORGE V. FRIEDMAN

né le 25 Mars 1881 à Paris



CONGRATULATION À L'AUTEUR DE LA THÈSE

DE SON MATIÈRE À PROPOS DE CEUX QUI

ÉCRIVENT LES THÈSES

Présenté par le Docteur

Edmond de Lamoignon

à la Faculté

A Monsieur le professeur S. THIERRY

qui a accepté de présider le jury,
avec mes remerciements.

A Monsieur le professeur agrégé R. BOUCHARD

qui m'a fourni le sujet de cette thèse,
qu'il trouve ici le témoignage de ma
profonde reconnaissance pour son
enseignement.

A mes maitres d'externat

Docteur LONGUET

Professeur LAURENCE

Professeur TURIAF

Professeur Agrégé TRICOT

Professeur LAMBLING

A mes parents

A ma femme

A mon fils

PLAN

I - INTRODUCTION

2 - PREMIERE PARTIE

21 - RAPPEL HISTORIQUE

22 - OBSERVATION N° 1

23 - OBSERVATION N° 2

3 - DEUXIEME PARTIE

31 - NOTES PRELIMINAIRES

32 - UN CAS PARTICULIER DE CARENCE DE SOINS MATERNELS : LA CARENCE LARVEE

33 - PSEUDO-DEBILITE ET CARENCE AFFECTIVE

34 - CONSEQUENCES

4 - CONCLUSION

I - INTRODUCTION

Le développement harmonieux de l'enfant, tant sur le plan physique que sur le plan moral, l'épanouissement de sa personnalité, sont autant de conditions nécessaires à l'équilibre de l'adulte.

Beaucoup de facteurs peuvent entraver cette évolution : insuffisances d'apports alimentaires, vitaminiques; maladies; accidents. Il en est de même des divers traumatismes psychiques qui peuvent l'affecter. Ces traumatismes peuvent intervenir tout au long de l'enfance, mais il est des périodes plus critiques: la prime enfance, l'adolescence.

Dans sa prime enfance, l'enfant est étroitement tributaire de son entourage et plus particulièrement de sa mère. Il établit avec elle des liens privilégiés qui ont fait, depuis les travaux de S.FREUD en particulier, l'objet de nombreuses études. L'importance du père n'est cependant pas à sous-estimer. Certes son rôle, tout au moins lors du premier âge, peut paraître secondaire, il n'en est pas moins réel, ne serait-ce qu'en établissant un climat favorable entre tous les membres de la famille, contribuant ainsi à l'harmonie et au bon équilibre de celle-ci. Tout troubles de la relation mère-enfant, de la "dyade" (SPITZ, 28.), est donc susceptible de retentir sur le développement de l'enfant. C'est ainsi que l'on est amené à distinguer divers types de désordres qui ont été décrit sous le terme de carence affective ou carence de soins maternels.

Les causes de ce syndrome sont variées: causes évidentes que sont le placement d'un bébé dans une institution (quelqu'en soit le motif); hospitalisation de très jeunes enfants; mais aussi causes plus délicates à déceler: telle une personnalité maternelle pathologique (schizophrène par ex.) et surtout un foyer apparemment normal, mais dont l'évolution dans le temps va révéler la fragilité.

Les conséquences de cette carence affective prêtent encore à discussion et sont diversement appréciées. On doit distinguer: conséquences immédiates et séquelles.

Dans l'immédiat, les développement staturo-pondéral et psycho-moteur sont affectés de façon inégale, non seulement quantitativement mais aussi qualitativement. En ce qui concerne le développement psycho-moteur on peut noter un arrêt des acquisitions puis une régression. Mais ceci s'accompagne

souvent d'une stagnation pondérale voire même staturale, d'une plus grande sensibilité à certaines affections, d'une prolifération de certaines maladies (otites, rhino-pharyngites, eczéma). SPITZ a ainsi défini un syndrome particulier: la dépression anaclitique, correspondant à une carence affective partielle, et il a groupé sous le terme d'hospitalisme l'ensemble des symptômes survenant à la suite d'une carence affective totale.

L'évolution est dans la majorité des cas favorable, tout au moins sur le plan vital. L'avenir lointain de ces carences reste très controversé, et nous aurons l'occasion d'y revenir. Notons seulement qu'une carence précoce et prolongée constitue un facteur de gravité indéniable.

Nous avons vu que le développement psycho-moteur est affecté par la carence de soins maternels. Ce fait a été bien étudié par de nombreux auteurs (ROUDINESCO & APPELL²⁴, SPITZ²⁸) qui tous montrèrent une diminution des performances, principalement mise en évidence par la baisse du Quotient de Développement ou du Quotient Intellectuel des enfants carencés. Cette baisse est parfois si importante que l'on a pu prendre les enfants qui en étaient affectés pour des débiles voire même pour de véritables arriérés mentaux profonds, avec les conséquences pratiques qui en découlent. La carence de soins maternels apparaît donc comme une étiologie possible des pseudo-débilités.

Nous nous proposons à l'aide de deux observations d'illustrer ce fait. Après un bref rappel de l'évolution de la notion de carence affective, nous exposerons un cas familial qui nous semble très évocateur. Nous nous attacherons ensuite à montrer les conséquences qui peuvent découler de cette carence et la difficulté qu'il peut y avoir à diagnostiquer une pseudo-débilité.

2 - PREMIERE PARTIE

21 - RAPPEL HISTORIQUE

22 - OBSERVATION N°1

23 - OBSERVATION N°2

2I - RAPPEL HISTORIQUE

La notion de carence affective est une notion assez récente. Certes au 19ème siècle le cas des enfants sauvages, particulièrement bien exposé par ITARD, mettait en évidence le problème de la "désafférenciation sociale" (AJURIAGUERRA-2). Certes des écrivains comme C.BRONTÔE, DICKENS, avaient senti l'existence de ce risque. Mais ce n'est qu'au début de ce siècle que les premières observations, sur l'importance des facteurs psychologiques dans la genèse des troubles présentés par certains enfants placés en institution, ont été publiées par des pédiatres (ARCHAMBAUD, PARROT, CHAPIN). Le terme d'hospitalisme est employé en 1915 par PFAUNDLER.

Mais ce n'est qu'à partir de 1930 que psychiatres et psychologues abordent ce problème, et que des études approfondies sont entreprises portant principalement sur le placement précoce (BOWLBY, LEWY, GOLFARB, BENDER). Ces études bénéficient des travaux de S.FREUD sur la première enfance. Puis SPITZ & WOLFBURLINGHAM & A.FREUD, Mme AUBRY, LAUNAY, HEUYER, fourniront de nombreux travaux tant sur le problème des enfants hospitalisés que sur celui des enfants placés en institution ou simplement séparés de leur mère.

BOWLBY (1951) dans une très importante étude, fait un inventaire complet de la littérature et tire de celle-ci et de ses propres travaux, des conclusions qui soulèveront de nombreuses controverses, entraînant en 1962 une réévaluation des effets de la carence affective. PRUGH & HARLOW insistent en particulier sur la possibilité d'apparition de carence affective à l'intérieur même d'un foyer, "carence larvée", et AINSWORTH fait une revue critique de toute la littérature suscitée par l'étude de BOWLBY.

Les états déficitaires recouvraient au 18ème siècle des faits très disparates, ce que traduit la diversité des descriptions cliniques (PINEL, BOURNEVILLE). ESQUIROL le premier distingue le dément "privé des biens dont il était comblé" de l'idiot qui "a toujours été dans l'infortune". Cependant pour BINET & SIMON les écrits d'ESQUIROL contiennent encore trop d'imprécisions traduites par des expressions telles que "plus ou moins, peu". Pour y remédier ils créent alors une méthode, la méthode des tests, qui permet une

classification et une appréciation nouvelle des états déficitaires. STERN définit un rapport, rapport de l'âge mental à l'âge réel, qui deviendra le Quotient Intellectuel. Ce rapport étant supposé constant, il est alors possible non seulement de ranger l'enfant dans une catégorie donnée, mais aussi de prévoir le niveau auquel il aboutira.

Si cela se vérifia souvent il apparut cependant rapidement qu'il était de nombreux cas où la seule valeur numérique obtenu au passage de tests, si valables soient-ils, ne reflétait pas forcément les possibilités du sujet. WECHSLER signale la nécessité de prendre en considération d'autres facteurs que la seule valeur numérique du test pour poser le diagnostic de débilité mentale. Dans certains cas il existe en effet un décalage entre l'examen psychométrique et la réussite sociale de l'individu. ZAZZO souligne que le niveau obtenu aux tests doit être interprété dans "un effort de synthèse qui ne néglige rien d'essentiel", le Quotient Intellectuel permettant d'établir un diagnostic de première approximation.

Différents critères peuvent donc définir les états d'arriérations mentales: critère psychométrique, sociologique, étiologique, scolaire, biologique, et c'est ce qui explique le nombre de termes employés.

Quelque soit le mot employé, il ne devrait "comporter aucune idée préconçue de causes, de degré ou d'évolution (et) recouvrir tous les cas de limitation générale des possibilités mentales" (FAURE -I2).

Selon les données psychométriques l'arriération mentale a été diversement apprécié. A la classification de BINET & SIMON basé sur l'âge mental, succéda la classification de TERMAN établie à partir du Quotient Intellectuel. Il distingue: Idiotie (Q.I. inférieur à 25), Imbécillité (Q.I. de 25 à 49), Débilité profonde (50 à 59), Débilité légère (60 à 69), Zone limite (70 à 79), Lenteur d'esprit plutôt qu'arriération (80 à 89). Finalement l'O.M.S. (Genève 1954) retiendra trois degrés d'insuffisance mentale: Grave (Q.I. de 0 à 19), Moyenne (20 à 49), Légère (50 à 69). Nous entendrons par débilité mentale une insuffisance mentale légère.

Certains auteurs font, parmi les insuffisances mentales, une distinction entre retard et arriération: - retard (mental retardation) insuffisance liée

à un problème de développement; - arriération (mental defect) insuffisance liée à un problème de structure.

Les retards peuvent être dus: à un défaut d'apport par le milieu; - une inhibition des possibilités réceptives (troubles psycho-affectifs ou immaturité organique).

Il convient également de définir les fausses débilités et les pseudo-débilités. Par fausses débilités L. MOOR -22 envisage les dysharmonies d'évolution (états psychotiques ou schizophrénique), les détériorations mentales, les déficiences sensorielles.

WECHSLER appelle pseudo-débilite celui dont le niveau intellectuel apparent donné par le Quotient Intellectuel est inférieur au niveau réel. Les pseudo-débilités apparaissent ainsi comme un problème de développement, s'apparentant aux retards mentaux et c'est ainsi que nous les envisagerons.

22 - OBSERVATION N°I

L'enfant M... Françoise, née le 3-2-1965 est vue pour la première fois en consultation en Juin 1966, à 17 mois, pour un retard psychomoteur.

C'est la cinquième enfant d'une fratrie de six filles.

La grossesse de la mère s'est déroulée normalement et l'accouchement s'est produit à terme. L'enfant pesait 2,400 Kg, a crié immédiatement, il n'y a pas eu de réanimation.

Elle a été sevrée à 1 mois 1/2.

Dès l'âge de trois mois elle fait un séjour dans une pouponnière. Elle reste trois mois dans cet établissement. Son développement psychomoteur est sensiblement normal. A 4 mois son Q.D. est de 84, à 5 mois 1/2 de 83. A 8 mois elle dit papa, maman, et commence à se tenir assise seule.

Elle est alors hospitalisée à St VINCENT de PAUL pour un épisode infectieux. Au cours de cette hospitalisation on ne note pas de retard psychomoteur. A l'issue de ce séjour l'enfant est placé 4 mois en nourrice à la demande du service social de la ville, la mère ayant une dépression nerveuse.

Durant son séjour en nourrice, les parents ne se sont jamais déplacés pour la voir.

A son retour les parents notent un retard psychomoteur considérable: à 15 mois l'enfant ne restait pas debout tenue, se tenait à peine assise, ne disait aucun mot. C'est ce qui motive la consultation.

L'aspect général est assez satisfaisant: l'enfant mesure 76 cm. et pèse 8,40 Kg. La courbe de poids est stationnaire: 7,30 Kg le 3-10-1965, 8,40 Kg le 20-4-1966, soit une prise de poids de 1,10 Kg en 6 mois. L'âge dentaire est normal. Tout au plus son périmètre crânien (44,5) est à la limite inférieure de la normale.

Les examens complémentaires se révèlent normaux (radiographie du crâne, fond d'oeil, recherche de phénylcétozurie, recherche de toxoplasmose, examen O.R.L.). L'étude de son comportement permet de lui attribuer un âge mental de 9 mois (pour un âge réel de 17 mois).

En Août 1966 une puéricultrice prend alors pour quelques temps à l'enfant en charge, et enregistre de nets progrès: Françoise marche tenue des deux mains,

rit, mange purée et viande mais ne prononce aucun mot.

En Octobre 1966, tous ces progrès sont effacés: elle ne marche plus, reste dans son lit avec un jouet, ne s'intéresse que peu à ses sœurs, mange très mal. L'impression clinique est si défavorable que plusieurs pédiatres de la consultation la considèrent comme une encéphalopathe, débile profonde.

L'enfant est alors adressée au Pr. BRISSAUD et hospitalisée à la SALPÊTRIÈRE, pour des investigations plus poussées.

Françoise est âgée de 20 mois. Elle pèse 9,250 Kg, sa taille est 78 cm, son P.C. de 46,5 cm (l'enfant a grossi de 250 g en trois jours d'hospitalisation). C'est une enfant mal tenue (érythème papulo-érosif du siège). L'examen clinique ne relève par ailleurs qu'une légère hypotonie.

Le premier examen psychomoteur est alors fait. L'enfant est craintive dès qu'on l'approche, se balance dans son lit si on ne s'occupe pas d'elle, pleure si on lui parle. Mais dès qu'on lui donne des jouets en l'encourageant, elle s'intéresse, joue, manipule de façon très élémentaire, comme une enfant de 10 mois-1 an. Elle ne fait pas participer l'entourage, ne regarde pas l'examinatrice, ne répond pas aux stimulations socio-affectives. Son niveau de développement est assez homogène sur tous les plans, se situant entre 9 et 10 mois soit un Q.D. de 46, avec des inhibitions sur le plan postural et la sociabilité. Les épreuves de 1 an ne sont pas franchies. Et l'examinatrice conclut en notant que le niveau de l'enfant la situe dans la zone de la débilité mais elle soulève la possibilité d'une débilité psychogène due à une carence socio-affective.

Au cours de son hospitalisation, différents examens seront pratiqués (E.E.G Encéphalographie gasouse, âge osseux), ne permettant pas de trouver une cause organique à son retard.

Des progrès nets sont d'ailleurs observés au cours de l'hospitalisation: Françoise marche tenue par une seule main par le personnel infirmier. A l'occasion d'une visite de sa mère, l'enfant a reconnu celle-ci, lentement, sans réactions explosives, mais avec sourire, retrouvant des gestes habituels. Par contre la mère ne trouve pas que l'enfant ait effectué des progrès importants. Un deuxième examen psychomoteur permet d'objectiver quelques-uns de ceux-ci, en particulier la marche: bien que celle-ci soit mal contrôlée, elle est

possible si on lui tient la main. Toute seule Françoise est beaucoup plus active et ébauche des activités moins élémentaires que précédemment, d'un niveau de II à I2 mois. La régression est cependant rapide en cas d'échecs. En conclusion: progrès nets mais peu importants, le Q.D. est encore à 50. Aucune étiologie organique n'est retrouvée et l'hypothèse d'une carence affective reste la plus vraisemblable, hypothèse renforcée par l'étude de la cellule familiale.

Celle-ci est en effet assez perturbée, avec une mère âgée de 24 ans, ayant eu son premier enfant à 18 ans, présentant des troubles du comportement social (ne déclarant pas ses grossesses), des angoisses nocturnes, ayant fait une dépression nerveuse en 1965 (ce qui a motivé le placement en nourrice de Françoise); très revendicatrice, accusant l'administration d'avoir "abîmé" son enfant et arguant de sa maladie mentale pour ne plus s'en occuper. L'entente conjuguale semble très précaire: après une fausse couche, Mme M... est de nouveau enceinte, mais pas de son mari. Celui-ci, ouvrier de 26 ans, semble assez effacé et aurait une appétence exotoxique marquée.

On décide alors, compte tenu de l'évolution au cours de l'hospitalisation et surtout de l'enquête sociale, de proposer un séjour prolongé à SAN SALVADOR en insistant auprès de la direction de cet établissement, sur la nécessité d'entourer Françoise de soins chaleureux.

Françoise reste toute l'année 1967 à SAN SALVADOR. Au cours de son séjour les progrès réalisés sont sensibles. Elle grossit de 4 Kg, grandit de 12cm, dit quelques mots (maman, au revoir), marche, est très affectueuse. En Juillet 1967 son Q.D. est de 74.

Nous la revoyons début Février 1968 pour des crises coléreuses. L'enfant mesure 94 cm, et pèse 13½ kg. L'examen clinique ne révèle pas d'anomalies. Il ne peut être complété à cette époque par un examen psychologique, car l'enfant ne se présente pas au rendez-vous.

Nous revoyons Françoise, ainsi que pour la première fois sa sœur Isabelle, en Novembre 1968, amenée par leur père.

Françoise pèse 15 Kg, mesure 98 cm et semble s'être améliorée, selon les dires du père, qui signale que sa femme a quitté le domicile conjugal depuis 2 mois.

Cette amélioration ne semble pas être très profonde si on se réfère à la fiche de comportement scolaire qui signale: refus d'échanger avec la maîtresse et les enfants, agressivité (mord, griffe, jette les objets, frappe toute personne voulant l'intégrer à un groupe), langage incompréhensible, crises clastiques, tendance à la fugue. Elle se termine sur la nécessité de recourir à un "traitement individuel par spécialiste".

L'examen clinique est normal, en particulier l'enfant est propre, la marche est normale et, d'après le père, il n'existe pas de troubles du sommeil. Cette fois des tests psychologiques peuvent être pratiqués.

À l'échelle de BRUNET-LEZINE Françoise obtient un Age Mental de 28 mois pour un AGE Réel de 3 ans et 9 mois, soit un Q.D. de 50. L'examen met en évidence un comportement agité, un très important retard de langage et un retard de parole.

En Janvier 1969 à la suite d'un entretien avec un psychiatre du service, on conclut à une débilité anxieuse et émotive, Q.I. à 50, et, compte tenu de la situation familiale déplorable, on propose un placement en externat médico-pédagogique et un soutien du père.

Or le père se refuse obstinément à pacifier ses enfants, trouvant toujours un argument pour refuser les divers établissements proposés par notre service social, arguant le plus souvent que ses filles sont "dures mais pas débiles". Il finit par se décider en Décembre 1969 mais on estime nécessaire de refaire un nouvel examen psychologique.

Cet examen va montrer une évolution favorable considérable, tant dans le comportement que sur le plan intellectuel. En effet le contact est bon, l'enfant coopérante et tranquille, s'exprimant correctement. Au BRUNET-LEZINE elle obtient un Age Mental de 4 ans pour un Age Réel de 4 ans 10 mois, soit un Q.D. de 83. Au BINET-SIMON elle obtient le même niveau, Age Mental de 4 ans, soit un Q.I. de 83. Cette évolution est confirmée par la fiche de renseignement scolaire qui constate une "amélioration très sensible, aucun problème psychologique particulier".

On apprend alors que, à la fin de l'année 1968, la mère a quitté le domicile conjugal et que pendant toute cette période le père a été aidé et

soutenu tant sur le plan matériel que sur le plan moral, par une voisine de palier.

Il est donc conseillé au père de ne pas se séparer de ses enfants.

A la fin de l'année scolaire, Françoise n'est pas encore totalement intégrée dans un groupe mais son comportement ne semble plus inquiéter l'institutrice et une scolarité normale est envisagée.

23 - OBSERVATION N°2.

Il nous a paru intéressant d'exposer également le cas d'une soeur de Françoise: Isabelle.

Isabelle âgée de 5 ans 10 mois, nous est amenée par son père, en Novembre 1968 pour des troubles du comportement, alors que nous suivons déjà sa soeur Françoise depuis 2 ans.

Isabelle est née le 9-I-1963. La grossesse de la mère s'est déroulée de façon normale et l'accouchement a eu lieu à terme, sans problème.

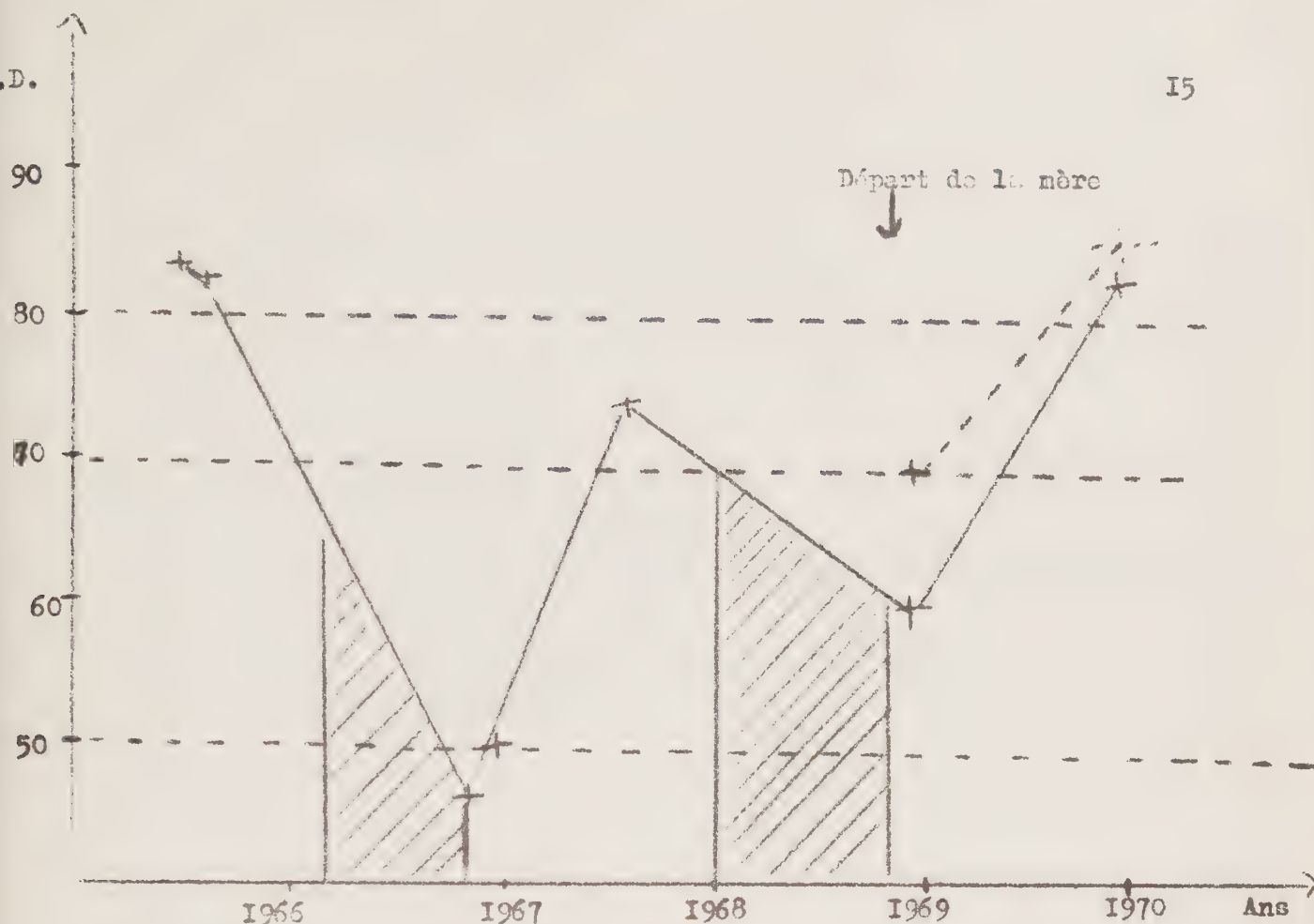
Le développement staturo-pondéral est harmonieux. Elle a marché à 18 mois, elle pèse 13,4 Kg pour une taille de 103cm, elle n'est pas encore propre la nuit. L'enfant a été placé à deux reprises pour de courtes durées, la première fois à l'âge de 4 mois. Elle va à l'école maternelle depuis l'âge de 3 ans et c'est son comportement scolaire actuel qui inquiète son père: elle est en effet coléreuse, capricieuse et infernale à l'école.

L'examen somatique est normal. Compte tenu des antécédents familiaux un examen psychologique est entrepris. Sa réalisation est difficile tant les troubles du comportement sont importants. Isabelle semble n'avoir aucune socialisation, court à travers toute la consultation, saccage les bureaux. Le niveau est approximativement estimé à 70. L'examen psychiatrique ne met en évidence qu'une anxiété très importante et permet de rattacher les troubles du comportement à un vécu familial déplorable. On aboutit à la même conclusion que pour sa soeur Françoise, c'est-à-dire: placement souhaitable en I.M.P. et aide du père.

Comme pour Françoise le père va refuser ce placement jusqu'en Décembre 1969 où un nouvel examen psychologique est fait.

On constate également une très nette amélioration, avec un bon comportement, pas d'instabilité. L'enfant est coopérante et gentille, le dessin animé, riche et gai. AU BINET-SIMON le niveau est de 86 et on note un attachement à ses soeurs et à son père.

Cette évolution favorable est également soulignée par la fiche de renseignement scolaire qui constate que Isabelle ne perturbe jamais la classe, ne pose pas de problème grave et est très épanouie.



Evolution du Quotient de Développement de Françoise (trait plein)
et d'Isabelle (trait pointillé)

Remarques :

- Tous les tests ont été réalisés à l'aide du test de BRUNET-LEZINE.
- Les parties hachurées correspondent aux séjours de l'enfant dans sa famille, avec sa véritable mère.
- Le test de BRUNET-LEZINE est un baby-test. Ces tests sont à rapprocher des tests type BINET-SIMON qui mesurent l'intelligence d'enfant d'âge scolaire (en permettant le calcul d'un Quotient Intellectuel).

Les baby-tests sont des tests pour enfants d'âge pré-scolaire. A côté d'un groupe bien individualisé d'épreuves ayant pour but exclusivement l'étude de l'intelligence dans les premières années de la vie, il existe des épreuves étudiant le développement moteur. Ces tests permettent de calculer un Quotient de Développement.

3- DEUXIEME PARTIE

31 - NOTES PRELIMINAIRES

32 - U. CAS PARTICULIER DE CARENCE D. SOINS MATERNELS:
LA CARENCE LARVEE

33 - PSEUDO-DEBILITE ET CARENCE AFFECTIVE

34 - CONSEQUENCES

31 - NOTES PRELIMINAIRES

Nous sommes parfaitement conscient de certaines insuffisances de notre observation. En particulier nous n'avons jamais eu de véritables entretiens avec le père et nous n'avons que rarement vu la mère. Cela tient essentiellement à ce que nous avons suivi Françoise dans une consultation de pédiatrie, consultation assez chargée, ne disposant d'aucun lit d'hospitalisation. Nous sommes donc, pour la surveillance et le traitement des malades, à la merci de la demande et des besoins des parents. Cependant grâce surtout à notre assistante sociale et ^{au} service social de la mairie du lieu de domicile des parents, nous avons pu avoir suffisamment de renseignements pour nous permettre d'animer l'image des deux parents et nous faire une opinion sur eux. De même il aurait été intéressant d'avoir un entretien avec les autres sœurs de Françoise et d'Isabelle (la fratrie se composant de six filles), car toutes ont été à un moment ou à un autre, placées et cela plusieurs fois pour la plupart.

Notre observation s'arrête alors que Françoise a terminé l'année scolaire 1969-1970. En effet nous n'avons plus revu l'enfant, et le père s'est obstinément refusé à répondre à toute notre correspondance. C'est grâce au service social municipal que nous avons appris que Mr M... avait placé ses filles les plus grandes dans une institution confessionnelle de province qu'il avait lui-même fréquentée étant enfant.

Cette difficulté de dialogue avec les parents qui rend toute étude approfondie très difficile est certes un handicap, mais elle nous semble faire tout l'intérêt d'une consultation hospitalière, qui se rapproche ainsi de la médecine praticienne, nous y reviendrons.

Nous avons artificiellement séparé le problème des variations du Quotient Intellectuel des autres conséquences psychologiques de la carence affective, pour le joindre à la discussion sur les ~~faux~~ pseudo-débilités.

32 - UN CAS PARTICULIER DE CARENCE DE SOINS MATERNELS: LA CARENCE LARVÉE

Françoise a eu jusqu'à l'âge de 3 mois un comportement et un développement tant psychomoteur que staturo-pondéral satisfaisant. Les deux séparations qui ont eu lieu ont été suffisamment brèves pour ne pas entraver son évolution.

Puis semble survenir une cassure représentée par le séjour en nourrice.

On peut se demander pourquoi l'enfant n'a pas réagi lors de son premier séjour en pouponnière, alors que le placement en nourrice entraîne des réactions rapides. Nous pensons que les premières séparations ont sensibilisé l'enfant, ce d'autant que, selon SPITZ & WOLF (cités par BOWLBY-5), "des changements de milieu peuvent dès l'âge de trois mois donner lieu à des altérations psychologiques". Mais il y a également un facteur qui nous semble important: au cours de son séjour en pouponnière, l'enfant n'a pas été totalement séparé de sa mère, celle-ci s'est en effet déplacée quelques fois pour la voir, alors que pendant toute la durée de son séjour chez la nourrice, Françoise n'a reçu la visite d'aucun de ses parents.

Ceci nous semble d'autant plus vraisemblable que la présence d'un substitut maternel, en l'occurrence une puéricultrice, entraîne de nombreuses acquisitions (début de la marche, alimentation) sans toutefois que le langage soit acquis. Tous les auteurs reconnaissent que "les soins donnés par un substitut maternel, même s'ils ne sont pas absolument appropriés sont pourtant indispensables et ne doivent en aucun cas être supprimés" (BOWLBY-6). Et de fait, dès que cette présence a disparu les progrès s'arrêtent nets et on observe même un recul. On pourrait considérer que Françoise lors de son hospitalisation à la Salpêtrière, présente quelques symptômes d'une dépression anaclitique. Ce syndrome décrit par SPITZ & WOLF -29 associe une perte de poids et une sensibilité particulière aux infections, à divers troubles du comportement: les enfants sont pleurnicheux restent couchés sur le ventre dans le berceau, sont insomniaques et d'un contact difficile. Ce syndrome se complète et s'enrichit progressivement de mois en mois pour aboutir après le troisième mois à une rigidité du visage, de rares geignements sans pleurs, une léthargie importante. En ce qui concerne Françoise

les symptômes s'en rapprochent beaucoup mais il ne semble pas que le syndrome puisse se développer totalement, car une des conditions pour qu'il apparaisse est que l'enfant ait eu préalablement de bonnes relations avec sa mère, ce qui n'est pas le cas ici.

La plupart des auteurs s'accordent pour signaler la période qui s'étend du 6^e au 12^e mois comme très importante. C'est ainsi que Mme AUBRY-3 note que la "période qui s'étend du 4^e au 16^e mois (est) une période cruciale pour la construction du Moi" et que "toute carence survenant pendant cette période risque de perturber gravement le développement psychomoteur et affectif de l'enfant". MYRIAM DAVID estime que "les réactions d'angoisses à la séparation augmentent en intensité jusqu'à 18 mois". SPITZ-27, pour sa part, estime que la période qui s'étend du 8^e au 18^e mois est "réservée à un processus d'adaptation particulièrement compliqué: l'organisation des pulsions et leur maîtrise sous la gouverne du Moi à l'aide des relations objectales. C'est la raison qui fait de la cette période entre le 8^e et le 18^e mois de la vie, la période la plus critique et la plus vulnérable du point de vue de la perte de l'objet".

Le comportement et l'évolution de Françoise à SAN SALVADOR nous paraît également très intéressant. Dans un milieu différent du milieu hospitalier, avec un entourage qui, libérée des exigences de soins, a plus de temps à consacrer aux besoins affectifs de l'enfant, nous voyons celui-ci s'épanouir, grossir et commencer à parler. Ceci se traduit également par l'amélioration de ses performances aux tests, son Q.D. passe de 50 à 74.

L'atmosphère du foyer familial ne semble pas convenir à Françoise, car dès son retour, en Janvier 1968, des troubles du comportement se manifestent: crises de colère, motivant une consultation en Février 1968.

À la seconde consultation de l'année, en Novembre 1968, la situation s'est considérablement dégradée: Q.D. à 60 et important retard de langage. Isabelle présente également à la même époque un comportement perturbé (socialisation quasi-nulle) lié à une anxiété très importante, et un Q.D. estimé à 70.

Et lorsque faisant un nouveau contrôle, nous trouvons une modification importante (Q.D. à 83), cette évolution favorable est également notée chez Isabelle dont le comportement s'est nettement amélioré ainsi que le Q.D. qui est à 86. Or il y a eu un changement important dans la cellule familiale: départ de

la mère à la fin de l'année, remplacée dans son rôle par une voisine . Et il ne fait pas de doute que celle-ci a été pour Françoise et Isabelle un substitut maternel efficace.

ROUDINECO & APPELL -24, étudiant le développement de jeunes enfants (1 à 3 ans) dans une institution, estiment que les nombreux retards psychomoteurs constatés sont dus au fait que "l'enfant ne peut établir de lien affectif normal avec la mère ou un substitut de mère".

Dans leur contribution à la "réévaluation des effets de la carence de soins maternels", PRUGH & HARLOW -23 citent plusieurs exemples de foyers pathologiques générateurs pour l'enfant de ce qu'ils ont appelé "carence larvée". Ils distinguent deux possibilités de relation parents-enfants. Dans la première l'enfant n'est pas considéré comme un individu "unique", particulier, mais n'a d'existence qu'en tant que réponse aux besoins des parents. La satisfaction des besoins ne s'établissant ainsi que dans le sens parents-enfants, méconnaissant totalement ceux de ce dernier. Ils ont appelé ce type de relation: "distorsion relationnelle". D'autre part il se trouve des cas où l'enfant n'a pas de signification particulière, on pourrait même dire qu'il n'a pas de signification du tout, les parents étant obnubilés par leurs propres soucis. Ils sont alors incapables d'établir la moindre relation avec leurs enfants. C'est "l'insuffisance relationnelle".

Faute de renseignements suffisamment précis sur la mère, nous ne pouvons nous prononcer avec certitude sur le type de relation qui a pu exister dans cette famille. Mais le peu de faits que nous possédons nous fait plutôt penser que c'est d'insuffisance relationnelle qu'il devait s'agir.

Ce que nous pouvons du moins affirmer c'est que le climat de la famille était tel que, jusqu'en 1962, les besoins affectifs de Françoise et d'Isabelle ne pouvaient être satisfaits. Et nous avons toutes raisons de penser que la mère des enfants était à l'origine de ce climat. En effet, toute atteinte organique des enfants étant pratiquement éliminée, le départ de la mère et l'aide apportée par la voisine sont les seuls éléments ayant variés au cours de l'année 1969, et sont les seuls susceptibles d'expliquer les progrès très importants fait tant par Françoise que par Isabelle.

D'une façon plus générale, si la notion de carence partielle ne fait plus de doutes, les conséquences de celle-ci (et des carences totales) ainsi que l'avenir lointain des enfants qui en sont victimes, continuent de faire l'objet de polémiques.

Selon SPITZ -28 "la dépression anaclitique et l'hospitalisme démontrent qu'une déficience grossière dans les relations objectales conduit à l'arrêt du développement dans tous les secteurs de la personnalité". M. DAVID & G. APPELL -9 signalent qu'il y a "arrêt du développement en l'absence d'un lien affectif". Et on peut ajouter du développement tant psychique que physique.

De nombreux auteurs soulignent en effet la fréquence des retards staturo-pondéraux. Rappelons que c'est l'existence de tels retards qui a motivé les premières publications. BINNING (cité par BOWLBY -6) remarque, sur un plan général, que "dans la vie de l'enfant tout événement susceptible de le priver de l'un ou de l'autre des parents - mort, divorce, départ pour l'armée - ou encore la vie dans un milieu ne répondant pas à ses besoins d'amour et d'affection, exercent sur la ~~vie de l'enfant~~ croissance de l'enfant des effets plus fâcheux que la maladie". FRID & LAYR (cité par BOWLBY) déclarent: "chez la plupart de nos enfants souffrant d'un retard de croissance on remarque un parallélisme frappant et constant entre la déficience physique et l'adaptation socio-affective". L'apparition ou la guérison de la première a des répercussions immédiates sur la seconde". SPITZ pour sa part insiste également sur l'apparition de désordres spécifiques (eczéma infantile par ex.). CHARLIN note que les enfants dont il a retenu les dossiers - pour une étude sur les pseudo-arriérations mentales profondes - présentaient tous un retard staturo-pondéral "à des degrés divers mais généralement important".

En ce qui concerne le développement psychique on peut noter que, en cas de carence précoce, les "manifestations agressives (...) sont visiblement absentes chez les enfants souffrant soit de dépression anaclitique soit d'hospitalisme" (SPITZ). Les difficultés d'apprentissage, que ce soit de la marche, de la parole le ralentissement progressif du développement général (mesuré par le Q.D. ou le Q.I.) sont autant de manifestations du caractère pathogène de la carence de soins maternels. Pour Mme ALLBY -3 la carence grave et prolongée de soins maternels, c'est-à-dire l'absence d'un figure maternelle permanente, provoque des désordres sérieux dans le développement psychique de l'enfant (troubles réactionnels, arrêts de développement, désintégration de la personnalité).

Ainsi, pour 17 cas de psychoses infantiles suivies au long cours, ERICHT et CHOTEAU -II relient dans les antécédents des enfants une fréquence élevée de frustration affective (15 cas sur 17). La plupart du temps (14 cas) c'est d'une relation pathogène avec la mère qu'il s'agit.

Pour A.FREUD -I3, les diverses réactions des enfants à la séparation et leurs conséquences pathologiques peuvent s'expliquer grâce au concept de "ligne de développement". Pour comprendre le développement des enfants on ne peut considérer séparément le développement des pulsions et celui du Moi. En ce qui concerne le développement de la personnalité par ex. , on ne disposait que de séquences établies en référence à des aspects particulier et circonscrit de l'enfant et correspondant en gros à des âges spécifiques. En étudiant les interactions des deux pôles de la personnalité (le Ça et le Moi) on peut, d'après A.FREUD, esquisser les combinaisons qui vont, par ex. , de la complète dépendance affective du nourrisson au sentiment relatif d'autonomie de l'adulte. Il s'agit d'une ligne de développement par échelons et il en existe de similaires pour presque tous les autres domaines de la personnalité. On peut, en ce qui concerne le ligne de développement qui mène de la dépendance absolue du nouveau-né vis-à-vis des soins maternels jusqu'à l'autonomie affective et matérielle du jeune adulte, déterminer plusieurs étapes: -phase 1 unité biologique du couple mère-enfant; -phase 2 relation du type objet partiel (MELANIE KLEIN); -phase 3 constance de l'objet; -phase 4 relation ambivalente du stade sadique-anal; etc. Selon le moment où la séparation intervient par rapport au déroulement de cette ligne, les réactions de l'enfant peuvent être différentes. Ainsi une atteinte en phase 1 pourra entraîner une "angoisse de séparation", la dépression anaclitique correspond à une atteinte en phase 2.

L'avenir lointain de ces carences est loin de faire l'unanimité. De multiples facteurs entrent en effet dans l'évaluation d'une situation donnée, dans le cas d'études rétrospectives, ou dans la surveillance des individus dans le cas d'études longitudinales.

BOWLBY a souligné la fréquence des "indifférents affectifs" chez les adolescents ayant subi une carence dans leur enfance. "L'inaptitude de ces enfants à établir des relations sociales est en relation causale directe avec un placement antérieur de l'enfant en institution, ou (...) avec le changement de mère nourricière", en effet il y a eu alors rupture de l'identification aux parents.

Et BOWLBY signale que l'on rencontre, avec un pourcentage significatif, des "indifférents affectifs" chez les enfants voleurs, et que la délinquance est beaucoup plus grave chez les indifférents. RCAFIER insiste également sur l'incapacité relationnelle et le dérèglement de la sociabilité de ces enfants. Mme AUBRY estime que "les troubles du développement et du comportement des enfants privés de soins maternels dérivent presque tous d'une même cause: une altération de la capacité d'établir des échanges affectifs normaux avec d'autres êtres humains et ceci à un âge où l'enfant ne peut se développer et acquérir son autonomie qu'avec l'aide de l'adulte qui s'occupe de lui".

Nos observations personnelles de R. Françoise et d'Isabelle nous semblent bien illustrer les conséquences immédiates d'une carence affective: retard staturale-pondéral, troubles de l'acquisition du langage, important déficit intellectuel mesuré par les tests (et nous allons y revenir), incapacité d'échanges, régression rapide mais incomplète de tous ces troubles dès qu'un lien affectif est rétabli. (Et ceci en l'absence de toute étiologie organique décelable).

Notre ignorance quand au devenir des deux enfants ne nous permet pas d'apporter des éléments nouveaux relatif au problème de la permanence des effets de la carence.

Nous pensons cependant, avec AINSWORTH -I, que "la réparation des dommages résultant d'une séparation frustrante de courte durée semble assez rapide et assez complète en ce qui concerne le comportement manifeste dans les conditions ordinaires; (cependant) il y aurait au moins un dommage masqué qui interdit de parler de réversibilité complète". SPITZ parle de "locus minoris resistencie" et ajoute: "je crois que il est hautement probable qu'un désordre psychogène de la première enfance crée une prédisposition à un développement pathologique ultérieur". Et AINSWORTH ajoute "lorsqu'elle est grave et prolongée, qu'elle commence au début de la première année de la vie et persiste pendant trois ans, la carence a généralement aussi bien sur les processus intellectuels que sur la personnalité des effets très fâcheux qui paraissent irréversibles". "Certaines altérations semblent être moins facilement et moins complètement réversibles que d'autres; c'est le cas de celles qui affectent la fonction verbale, la fonction d'abstraction et l'aptitude à nouer des attachements interpersonnels profonds et durables".

33 - PSEUDO-DEBILITE ET CARENCE AFFECTIVE

Le cas de Françoise et d'Isabelle est également intéressant en raison de la variation de leur Quotient de Développement.

Nous avons vu en effet le Q.D. de Françoise varier de 84 à 46, remonter à 84, redescendre à 60, puis remonter à 83. En ce qui concerne Isabelle son Q.D. est passé de 70 à 86. Certes la détermination du Q.D. chez un petit enfant est assez difficile, aussi doit-on envisager une certaine marge d'erreur. Mme AUBRY par exemple estime une variation de ± 10 à 12% comme normale pour le test de GESELL. Les divers résultats obtenus par les deux enfants se situent nettement en dehors d'une telle variation et nous semblent donc être significatifs. Ces variations du Q.D. ne sont pas sans soulever des problèmes. En effet le Q.I. (ou le Q.D.) est considéré comme étant fixe, dans la mesure où les conditions de milieu restent fixes (SIMON -25, AJURIAGUERRA -2). S'il survient une modification de ce milieu les variations de Q.I. enregistrées ne sont le plus souvent que de faibles amplitudes (KLEINBERG cité par SIMON, TABARY -30). Cependant certains auteurs ont déjà notés des variations plus importantes dans un sens ou dans l'autre (BRUNET & LEZINE -7).

Les études sur l'hospitalisme et la carence affective sont venues confirmer l'existence de telles variations. Elles ont mis en évidence une des conséquences de la carence, à savoir la stagnation ou la baisse du Q.I. (ou du Q.D.) des enfants. DURFER & WOLF (cités par BOWLBY) constataient déjà une diminution importante du Q.I. après un certain temps de séjour en institution. GOLDFARB (cité par BOWLBY) retrouvait un déficit supérieur en moyenne à 23 points chez un groupe d'enfant ayant passé les trois premières années de leur vie en institution, comparé à un groupe identique d'enfants n'ayant pas subi cette expérience. SPITZ notait une diminution moyenne de 12,5 points pour une séparation de moins de trois mois, et une diminution de 25 points pour une séparation supérieure à 5 mois; quand l'enfant est de nouveau réuni avec sa mère et cela après une séparation inférieure à trois mois, l'augmentation du Q.D. peut atteindre 25 points. LEFORT - 19, étudiant sur le plan somatique les répercussions de la séparation des enfants montre qu'il existe une stagnation du développement tant physique que psychique de ceux-ci. Mme AUBRY note que " on peut dans une certaine mesure comparer la courbe de développement psycho-moteur à une courbe de poids, elle aussi sujette à des variations temporaires ou à des

anomalies permanentes, selon la cause qui la perturbe maladie aiguë, passagère, ou maladie chronique permanente". Des variations importantes de Q.I. sont également retrouvées par GLASSER & EISENBERG -16).

Si la carence cesse cusi une psychothérapie intensive est instituée, des améliorations sensibles peuvent être obtenues. Ainsi Mme AUBRY relate un gain de plus de 30 points (cas de MONIQUE). ISOPE -17; dans une étude sur la fausse débilité signale également des gains importants, de même FENO & coll. - 21, CHARLIN & coll. 8, LAURENT - 18, de même le cas de Françoise.

Ce cas est également intéressant car si on relie les différentes valeurs du Q.D. aux diverses situations qu'a connu l'enfant, force est de constater que chaque augmentation du Q.D. correspond à la présence d'un substitut maternel, alors que l'absence d'une telle figure fait inmanquablement chuter le Q.D. Cela nous semble avoir d'autant plus de significations que nous nous sommes assurés, autant que faire se peut, que Françoise ne présentait aucune atteinte organique décelable.

Si nous attachons autant d'importance au Q.I. c'est qu'il est un des éléments principaux qui permettent l'estimation du niveau intellectuel, et partant "l'étiquetage" de l'individu. C'est à dessein que nous employons cette expression car trop souvent le rangement de l'individu dans une catégorie donnée a un caractère définitif et joue le rôle de couperet; "Donner à l'enfant une note de développement qui le marquera sa vie durant d'une marque indélébile, c'est l'enfermer dans une catégorie dont il risque fort de ne plus jamais sortir" (DUCHE -10).

Si on s'en tient à la classification de Terman, Françoise est passée de la Débilité profonde à la lenteur d'esprit, et selon la classification de l'O.F.S. de l'insuffisance mentale moyenne à la normale.

Cependant le diagnostic de débilité mentale ne saurait se fonder uniquement sur la détermination du Quotient Intellectuel, et on doit tenir compte des capacités de réactions de l'individu aux stimuli de son environnement (HEBER, cité par AJURIAQUERRA - 2, parle chez le débile de "détérioration du comportement adapté"). DUCHE insiste avec force sur le "danger que représente la notion mal interprétée de Quotient Intellectuel, en dehors même des erreurs de mesures". Et à propos de la classification des débilés mentaux en fonction de l'intelligence (mesurée par le Q.I.) il ajoute: "nous avons vécu et nous vivons encore sur cette notion qui demande à être reconsidérée, et d'aucuns ont parlé, avec

raison, de mythe du chiffre".

Or Françoise a présenté à deux reprises tous les caractères de la débilité. En Octobre 1966 son Q.D. est de 46 et en ce qui concerne son développement il n'y a pas de réponses aux stimulations socio-affectives. En Janvier 1969 son Q.D. est à 60 (Q.I. à 50) avec des troubles du comportement. Il en est pratiquement de même pour Isabelle mais à un degré moindre. De plus ces deux diagnostics étaient en partie étayés par l'examen psychiatrique. Si en 1966, pour Françoise la possibilité d'une carence socio-affective est retenue, plus comme circonstance aggravante que comme cause principale, en 1969 il n'en est plus fait mention. Et, conséquence immédiate du diagnostic de débilité, un placement en Externat-Médico-Pédagogique est aussitôt demandé pour les deux enfants. L'évolution ultérieure va montrer que celui-ci n'était pas nécessaire et que le diagnostic de débilité était erroné. De tels faits sont à l'origine et viennent confirmer la notion de pseudo-débilité.

Nous avons montré qu'il existe de nombreux critères permettant d'apprécier l'insuffisance mentale, les causes d'erreurs dans le diagnostic de débilité mentale sont donc nombreuses. DAUSSY considère que "le diagnostic de débilité mentale est un acte médical complexe, c'est l'appréciation résultant de l'étude par le médecin spécialiste, de divers éléments, le Q.I. constitue seulement un de ces éléments". Il est certains que l'appréciation du Q.I. peut être une source d'autant plus fréquente d'erreur que l'enfant est plus petit.

D'après DAUSSY (cité par ICOPE -I7) aux perturbations affectives, qui constituent "l'acquis", vient s'ajouter tout le "donné" (antécédents familiaux, insuffisance de maturation neuromotrice) pour contribuer à façonner la personnalité.

34 - CONSEQUENCES

Dans une étude récente sur les pseudo-arriérations mentales profondes, CHARLIN & Coll. -8, sur 12 cas retenus, relatent deux cas correspondant à une carence larvée, par insuffisance et par distorsion relationnelle, et chez les 10 autres enfants, qui tous connurent plusieurs placements, ils soulignent qu'il existait presque toujours de graves perturbations familiales.

La réalité de tels cas ne nous semble pas contestable, MAUYER emploie même l'expression "d'hospitalisme familial". A notre avis l'importance de tels faits est même sous-estimée. En effet la majorité des études sur la carence de soins maternels a porté sur les enfants soit hospitalisés, soit placés en institution. BOWLBY dans son étude admet l'existence d'une carence partielle, mais il l'écarte délibérément, son étude ne devant porter que sur les enfants totalement séparés de leur mère. Néanmoins les conclusions tirées de telles études peuvent bien entendue être appliquées à des carences partielles. L'existence de nombreux cas identiques à ceux de nos observations, tant dans la littérature psychiatrique que dans la pédiatrique, confirme l'importance de ces carences dans la genèse de troubles psychologiques et de retards scolaires. De plus le nombre d'enfant élevé en famille est très largement supérieur à celui des enfants élevés en institution. Or les modifications profondes de la société, la fréquence de plus en plus grande des foyers où les deux parents travaillent, les conditions souvent défavorables d'habitation, sont autant d'éléments qui sont venus bouleverser la cellule familiale. "Les névroses familiales font parties des excréta normaux de notre métabolisme social" (LEUBA- 0).

Selon les différentes statistiques, les insuffisants mentaux représentent entre 1,5 et 5,6 % de la population d'âge scolaire. GUIGNARD & coll. -15, estiment que les états d'insuffisances mentales représentent 2,6 % de la population d'âge scolaire de Genève (0,37 % d'arriérations graves et 2,23 % d'insuffisances légères et moyennes). Les débilités légères et moyennes représentent 85,6 % de l'ensemble des états d'insuffisances. Et ces auteurs notent que dans 84,3 % des cas de débilités légères on ne peut trouver une étiologie soit exogène, soit métabolique ou chromosomique. Nous pensons que les foyers "pathogènes", générateurs de carence larvée, peuvent expliquer un bon nombre de ces cas.

En effet GARONNE & coll. -14, en étudiant les familles d'un groupe échantillon de débiles mentaux, constatant que le ~~niveau~~^{milieu} socio-économique dont elles sont issues est relativement bas. De plus il n'y a pratiquement pas, dans les classes spéciales pour débiles (au moins deux ans de retard scolaire), d'enfants issus de famille à niveau socio-économique élevé. Il faut ajouter que ces auteurs ne constatent pas de paupérisme parmi les familles des débiles. Ils relèvent certaines caractéristiques socio-économiques: isolement social, pauvreté des échanges entre les individus, absence d'ambition des parents pour eux-mêmes et pour leurs enfants.

Ces constatations nous semblent être à la fois caractéristiques et alarmantes: caractéristiques de l'évolution de la société actuelle, alarmantes car les grands ensembles, les cités d'été à la périphérie des grandes villes, ne sont pas faits pour favoriser les contacts humains.

Il est donc nécessaire dans tous les cas "d'intéresser activement les parents et de les faire participer à l'organisation des mesures prises pour l'enfant"(FAURE). Il faut, à l'aide de diverses mesures sociales, éducatives (école des parents), psychologiques, sortir les parents de leur isolement, faute de quoi on traite le symptôme en laissant intacte l'étiologie.

Une consultation de pédiatrie joue un grand rôle dans l'^{élaboration}~~établissement~~ d'une stratégie thérapeutique. Elle joue déjà un rôle au niveau de l'établissement du diagnostic.

Envoyé le plus souvent par l'école ou amené par ses parents, l'enfant est soumis à un examen clinique complet puis à une série d'examen complémentaires. L'examen psychologique ne constitue le plus souvent dans le dossier du malade qu'un examen complémentaire de plus. Nous entendons par là qu'il n'y a le plus souvent aucun contact direct entre le médecin et le psychologue. Cela tient non seulement aux conditions matérielles d'exercice ("embouteillage" permanent dans les locaux, horaires et statuts différents, instabilité du personnel médical), mais aussi à une trop grande spécialisation, le médecin ne considérant ou ne voulant considérer que le "soma". Or une consultation de pédiatrie (telle qu'elle est organisée à l'Hôpital BRETONNEAU) est un lieu privilégié qui reproduit d'assez près les conditions de la médecine praticienne. Il n'y a pas "l'éloignement" introduit par l'hospitalisation du malade. (Certes un malade hospitalisé est proche du médecin sur un plan matériel, mais son hospitalisation le diminue considérablement sur le plan psychologique, rendant très diffi-

le l'établissement de la relation médecin malade). Mais la formation actuelle du médecin ne lui permet pas d'être "disponible". La demande des parents ou des enfants est trop souvent ignorée. Ce qui explique les erreurs de diagnostics que l'on est amené à commettre en ce qui concerne les pseudo-débilités par carence de soins maternels. De telles erreurs ne condamnent pas à nos yeux le principe des consultations hospitalières, mais elles devraient nous inciter à les améliorer. C'est en effet dans ce cadre que peut se développer le mieux la relation "médecin-malade". Et l'établissement d'une ^{bonne} ~~forte~~ relation est non seulement fondamental pour établir le diagnostic , mais également pour la réussite future de la thérapeutique, thérapeutique qui exige une participation importante non seulement de l'enfant mais aussi des parents et du médecin.

4- CONCLUSION.

Au cours du 19ème siècle, devant la détresse physique des enfants abandonnés, la société a, dans un premier temps, développé tout un système de soins et d'accueil: homes d'enfants, hospices, institutions diverses. Certes des pédiatres ont été alors frappés par la mortalité importante qui existait alors dans de tels établissements, de même que dans les hôpitaux d'enfants, ainsi que par l'apparition de symptômes particuliers. Mais ce n'est que assez récemment que ces faits ont été rapportés à la non satisfaction des besoins affectifs des enfants.

Après avoir paré au plus pressé, les troubles physiques des enfants séparés de leur mère, il fallait s'attaquer à leur détresse psychique et ce d'autant plus vite que le nombre d'enfants abandonnés avait considérablement augmenté à la suite de la guerre.

C'est le mérite d'auteurs tels que SPITZ et BOWLBY d'avoir attiré par leurs publications, l'attention de tous sur ce problème, suscitant ainsi de nombreuses recherches dans le monde entier.

Comme le signale BOWLBY: "Elever convenablement des enfants frustrés d'une vie familiale normale n'est pas seulement un acte d'humanité mais un élément essentiel de l'équilibre mental et social d'une communauté". Et SPITZ estime que: "des relations objectales perturbées pendant la première année qu'elles soient déviées, impropres ou insuffisantes, ont pour conséquence de menacer la fonction même de la société".

A la suite de ce grand élan, on a constaté que les enfants séparés de leur mère n'étaient pas les seuls à souffrir de carence de soins maternels et la notion de carence a été étendue, englobant alors des foyers apparemment normaux. Les relations pathogènes précoces entre la mère et l'enfant peuvent alors être décrites en fonction des notions d'insuffisance, de discontinuité et de distorsion.

La compréhension et l'étude des états d'arriérations a demeuré considérablement évolué depuis le 19ème siècle.

Après une période de descriptions cliniques, un premier élément de classification est intervenu, en fonction de la mesure de l'intelligence. Mais on s'est

rapidement aperçu que l'intelligence n'avait pas de signification en tant qu'élément isolé. L'être humain étant une entité, il était nécessaire d'intégrer toutes les données le concernant (maladie, défaut d'apport alimentaire, vitaminique, par exemple). Et en particulier, le besoin affectif de l'enfant apparaît comme un élément très important. La non satisfaction de ce besoin retentit sur tous les autres aspects de l'individu et donc sur l'intelligence. Ce retentissement peut être passager voire même définitif pour certains.

La notion de pseudo-débilité (retard mental) rend compte de ces faits et apparaît ainsi comme une conséquence possible d'une insuffisance relationnelle.

Nous nous sommes efforcés d'illustrer, à l'aide de deux observations, les conséquences d'une carence affective larvée. Ces conséquences peuvent être facheuses si, comme dans les cas que nous rapportons, la débilité semble assez importante pour que soit posé le diagnostic d'arriération grave, et que soit envisagé l'envoi des enfants dans des établissements spécialisés.

Or l'évolution est venue démentir le diagnostic, notre intervention s'étant limitée à une action sociale et psychologique sur l'environnement des enfants (et nous voulons souligner l'importance et la qualité du travail réalisé à cette occasion par l'assistante sociale de notre service).

Les "carence larvée" peuvent donc être tout aussi grave que les carences totales. Elles entraînent, à notre avis, les mêmes réserves quant à l'avenir

lointain des enfants qui les ont subies. Certes, dans la majorité des cas, l'évolution est favorable, du moins dans un premier temps. Mais nous pensons que des carences graves (c'est-à-dire précoces et prolongées) laissent des séquelles latentes. "Point de moindre résistance" ces séquelles sont susceptibles d'être démasquées par un traumatisme affectif ultérieur voire même par les conflits de la période pubertaire. Ces séquelles peuvent alors favoriser l'éclosion de troubles divers (états dépressifs, troubles psychosomatiques voire même psychose).

Nous estimons que de tels faits sont beaucoup plus fréquents qu'on ne le pense.

Pour y remédier, un développement de l'infrastructure sociale (assistante sociale en particulier) et une amélioration des conditions d'exercice de la médecine hospitalière nous semblent nécessaires. Le futur médecin doit être également instruit de tous les problèmes psychologiques que posent non seulement

le développement de l'enfant mais aussi la relation médecin-malade.

Ce n'est qu'alors que nous pourrons espérer voir diminuer le nombre des pseudo-défaillances et surtout des carences affectives, évitant ainsi aux "enfants privés d'amour de devenir des adultes pleins de haine".

Vu le DOYEN

Professeur BAUMANN

Vu le Président de Thèse

Professeur THIEFFRY

Vu et permis d'imprimer

Le RECTEUR de l'ACADEMIE de PARIS

R. MALLET

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - AINSWORTH (J.D.) - Les répercussions de la carence maternelle: faits observés et controverses, dans le contexte de la stratégie des recherches.
In CAHIER DE SANTE PUBLIQUE N° 14 OMS GENEVE 1962.
- 2 - AJURIAQUERRA (J. de) - Manuel de psychiatrie de l'enfant.
MASSON, PARIS 1970 p.503.
- 3 - AUBRY (J). - La carence de soins maternels
CENTRE INTERNATIONAL DE L'ENFANCE, PARIS 1955
- 4 - BALINT (M.). - Le médecin son malade et la maladie.
PAYOT, PARIS 1966.
- 5 - BOUCHARD (R.). - Le pédiatre et le monde intérieur de l'enfant.
DELACHAUX NESTLE 1970.
- 6 - BOWLBY (J.). - Soins maternels et santé mentale.
O.M.S. GENEVE 1954.
- 7 - BRUNET (O.), LEZINE (I.). - Le développement psychologique de la première enfance.
P.U.F. PARIS 1965.
- 8 - CHARLIN (A.), MICHAUD (F.), ROUSSELOT (J-P.). - Les pseudo arriérations mentales profondes d'origines affectives.
REV. NEUROPSY. INF. 1969 17, N° 9-10 p 647.
- 9 - DAVID (M.), APPELL (G.). - Observation et traitement d'un cas d'arriération psychogène.
REV. PSYCHIAT. INF. 1951 18, 6 p 214

- 10 - DUCHE (J) - Diagnostic précoce du déficit mental
MED. INF. 1963 N° 4 p 271
- 11 - BRIENT (J), CHOTEAU (Ph). Dynamique évolutive et relationnelle dans 17 cas de psychose infantile suivis au long cours (2 à 10 ans) sur un mode continu.
J. SC. MED. LILLE 1970 88 N°24 p 240
- 12 - FAURE (J.L.) - Formes des insuffisances mentales chez l'enfant.
Sauvegarde de l'enfance NOV.DEC. 1953 N°9610 p 729
- 13 - FREUD (A.) Le normal et le pathologique chez l'enfant
Gallimard Paris 1968 p52
- 14 - GARONNE (G), GUIGNARD (Fl), RODRIGUEZ (R), LENOIR (J), KOBR (F), DEGAILLER (L)
La débilité chez l'enfant: approche pluridimensionnelle.
Psychia. Inf. 1969 12 N° 1 p 107
- 15 - " " "
Problèmes méthodologiques posés par l'étude d'un groupe d'enfant attei_{nt} de déficiences mentales légères.
Rev. Neuropsychiat. Inf. 17 N°9-10 p659
- 16 - ISOPE (M.T) - Thèse Rennes 1964.
- 17 - GLASER (K), EISENBERG (L) - Maternal deprivation
Pediatrics 1956 18 N°4 p626
- 18 - LAURENT (J.M.) - Pseudo débilité mentale et perturbation affective
Rev. Neuropsychiat. Inf. 1969 17 N°9-10 p635
- 19 - LEFORT (R) Thèse Paris 1952.
- 20 - LEBUA (J) - Le milieu et la névrose familiale.
Sem. Hop. Paris 1950 n°26 p 2873.

- 21 - MENU (G), DIEU (J.C1), DESBIEZ (M.H). - Faut-il réviser le terme et le concept d'hospitalisme? (Bilan de sept ans d'institutionnisme).
Arch. Fr. Pedia. 1968 25 N°1 p 118
- 22 - MOOR (L) - Les états d'arriérations mentales.
Paris E.M.C.
- 23 - PRUGH (D.G.), HARLOW (R.G.) - La carence larvée chez le nourrisson et le jeune enfant.
Cahiers de santé publique Genève 1962 N° 14 C.M.S.
- 24 - ROUDINESCO (J), APPELL(G)3 Les répercussions de la stabulation hospitalière sur le développement psychomoteur des jeunes enfants.
Sem. Hop. Paris 1950 N° 26 p2271
- 25 - SIMON (J) - La débilité mentale chez l'enfant.
Privat édit. 1964
- 26 - SMIRNOFF (V) - La psychanalyse de l'enfant
P.U.F Paris 1968 p1818
- 27 - SPITZ (R.A.) - De la naissance à la première année de la vie de l'enfant
P.U.F. Paris 1963
- 28 - " De la naissance à la parole
P.U.F Paris 1968 p 206
- 29 - SPITZ (R.A.), WOLF (K.M.) - Anaclitic deprsession
Psychanalytic Study of the Child New York International
Université Press 1946 Vol 2 p 313
- 30 - TABARY (J.C), FOLLIOT (M.F) - Evolution du Quotient Intellectuel chez les enfants infirmes moteurs cérébraux au cours de la rééducation.
Rev. Neuropsychiat. Inf. 1967 15 N°9 p725.

